

February-March 2021, Volume 15, Issue 6

The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Level of Depression and Self-Care Ability of Non-Clinical Depressed Elderly

Abdi Sarkami F¹, Mirzaian B^{2*}, Abbasi Gh³

1- PhD Student in General Psychology Sari Branch, Islamic Azad University, Iran.

2- Assistante Professor Sari Branch, Islamic Azad University, Iran. (Corresponding Author)

Email: bahrammirzaian@gmail.com

3- Assistante Professor Sari Branch, Islamic Azad University, Iran

Received: 6 July 2020

Accepted: 3 Sep 2020

Abstract

Introduction: The elderly are exposed to psychological and social harms due to various physical, occupational, social and other limitations. Symptoms of depression are common during this period and can increase the rate of vulnerability. The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion efficacy therapy on the level of depression and self-care ability of non-clinical depressed elderly.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group. The statistical population included all elderly people with depressive symptoms who were members of the Sari Jahangidegan House in 1398. Of these, 30 were randomly selected and randomly assigned to the experimental group (15 subjects) and the control group (15 subjects). Data collection tools included the Geriatric Depression Scale and the Elderly Self-Care Questionnaire. Data were analyzed using SPSS-21 software and through analysis of covariance.

Results: The results showed that emotion efficacy therapy was effective in improving the symptoms of depression and self-care ability of non-clinical depressed elderly ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the results of this study, emotion efficacy therapy can be an effective intervention in improving the symptoms of depression and strengthening the self-care ability in depressed elderly.

Keywords: Emotion Efficacy Therapy, Depression, Self-Care, Elderly.

اثر بخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی

فاطمه عبدی سرکامی^۱، بهرام میرزائیان^{۲*}، قدرت اله عباسی^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران.

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: bahrammirzaian@gmail.com

۳- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۶

چکیده

مقدمه: سالمندان به واسطه محدودیت های متعدد جسمانی، شغلی، اجتماعی و ... در معرض آسیب های روانی و اجتماعی قرار دارند. علائم افسردگی در این دوره شایع است که می تواند میزان آسیب پذیری را در آنها افزایش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان دارای علائم افسردگی عضو خانه جهاندیدگان ساری در سال ۱۳۹۸ بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale) و پرسشنامه توانایی خود مراقبتی سالمندان. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر بهبود علائم افسردگی و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی اثربخش است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان می تواند مداخله ای موثر در بهبود علائم افسردگی و تقویت توان خود مراقبتی در سالمندان افسرده باشد.

کلیدواژه ها: کارآمدی هیجان، افسردگی، خود مراقبتی، سالمند.

مقدمه

مبدل سازد (۲). مطالعات انجام شده حکایت از آن دارند که شایع ترین اختلال روان پزشکی در میان افراد سالمند، افسردگی است (۳، ۴) و از سوی دیگر، پیشرفت های علمی گویای رابطه قوی میان عوامل شناختی، هیجانی و روانی با وضعیت فیزیولوژیک، ایمنی و سلامت به خصوص در دوره سالمندی هستند (۵).

افسردگی به عنوان اختلالی شایع در دوره سالمندی با عوارض متعددی برای افراد همراه است و می تواند به گونه ای منفی سلامت جسم و روان را متاثر سازد (۳). افسردگی نه تنها سبب افت خلق، تفکر، تمرکز، قدرت تصمیم گیری و فعالیت فرد می شود، بلکه با احساس غم، از دست دادن

سن ۶۰ الی ۶۵ سالگی را آغاز سالمندی می دانند که با خود تغییرات؛ فیزیولوژیکی، روانی، اجتماعی، اقتصادی به همراه دارد (۱). این تغییرات می توانند مانند شمشیر دو لبه عمل کنند و سالمندی را به دوران پختگی، ورزیدگی، زمان احساس بی نیازی، فرصت سیر به سوی کمال فردی و اجتماعی مبدل سازد و یا به دوران کاهش سطح فعالیت های اجتماعی، افزایش اختلالات متعدد جسمانی و روانی، وابستگی و در نتیجه کاهش سطح کیفیت زندگی و افزایش هزینه های درمانی برای خانوارها و نظام درمانی کشور

فاطمیما عبدی سرکامی و همکاران

همراه است (۱۲). این در حالی است که علی رغم اهمیت و تاثیر رفتارهای خود مراقبتی بر سلامت سالمندان، بر اساس شواهد موجود، میزان رفتارهای مراقبت از خود در بین این افراد ضعیف می باشد (۱۳) و از طرف دیگر، هیجانات منفی ناشی از افسردگی، توسط فرایندهای شناختی، هوشیار (سرزنش خود و یا دیگران، نشخوارگری) و ناهشیار (تحریف حافظه، انکار یا فرافکنی) بر کاهش رفتارهای مراقبت از خود تاثیر بسیاری دارند (۱۴، ۱۵).

بنا به باور برخی از پژوهشگران، تنظیم هیجانی مکانیسم مهمی در شکل گیری و تداوم اختلالات هیجانی همچون افسردگی است و نقص در مهارت های تنظیم هیجانی ویژگی اساسی این اختلالات محسوب می شود (۱۶، ۱۷). بر همین اساس، اخیرا پژوهشگران به این حوزه علاقه مند شده اند و درمان های موج سوم یا فراتشخیصی (transdiagnostic) نیز تحت عنوان درمان های هیجان مدار شناخته می شوند. رویکرد فراتشخیصی (transdiagnostic approach) به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آنها برای وقوع، تشدید و ابراز دامنه گستردهای از هیجانات استفاده می کنند (۱۸). به نظر می رسد سه مکانیسم فراتشخیصی بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی می کنند: عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرار شونده (۱۹). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (emotion efficacy therapy) درمان جدیدی است که هر سه مکانیسم را هدف قرار می دهد (۲۰). کارآمدی هیجان به باور افراد درباره توانایی خود در مدیریت و هدایت زندگی هیجانی خود و همچنین مهارت و توانایی واقعی آنها برای انجام این عمل اشاره دارد. افرادی که دارای کارآمدی هیجان بالایی هستند، قادرند تا به طور مؤثر احساسات و هیجانات چالش برانگیز خود را تجربه و آن را از طریق یک فرایند مقابله سالم تنظیم کنند و در نهایت ارزش های خود را مشخص و عملی سازند (۲۰). در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، مهارت های مقابله ای کلیدی رفتار درمانی دیالکتیکی با مؤلفه های پذیرش، ذهن آگاهی و فرآیندهای شفاف سازی ارزش ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در بافت مواجهه هیجانی ترکیب می شوند (۲۰). این برنامه درمانی از پنج مولفه تشکیل شده است: ۱- آموزش آگاهی و پذیرش هیجانی- یادگیری برای مشاهده چهار مولفه هیجان ۲- مواجهه هیجانی ساختاریافته- یادگیری تماشای جزر و مد موج هیجانی و

علاقه، کاهش حرمت به خود، احساس بی ارزشی و بی کفایتی، ناامیدی، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش همراه است (۶). افسردگی تنها یک اختلال روانپزشکی محسوب نمی شود، بلکه اختلالی است که به موجب آن مشکلات جسمانی متعددی در افراد نمایان می شود. پژوهش ها نشان داده اند که حالات هیجانی و رفتار بر روند سلامتی و بیماری های جسمانی تأثیر می گذارند (۵). افسردگی قادر است فعالیت دستگاه ایمنی را تغییر داده و به این طریق، خطر ابتلا به بیماریهای عفونی، آلرژی، بیماری های خود ایمنی، سرطان و حتی خطر مرگ را افزایش می دهد (۷). کاهش رفتارهای خود مراقبتی که می تواند منجر به سوء تغذیه، کاهش فعالیت فیزیکی و عدم نظارت بر وضعیت سلامتی خود شود، از دیگر عوارض افسردگی به ویژه در دوره سالمندی است (۸، ۹).

خود مراقبتی که از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت محور به حساب می آید، به فعالیتی خود توسعه ای جهت ارتقاء و حفظ سلامت جسمانی و روانی افراد اشاره دارد (۹). خود مراقبتی فرایندی است که در آن افراد غیر ماهر با اتکای به خود در اولین سطح منابع بهداشتی در سیستم مراقبت از سلامت، در جهت ارتقای سلامتی خود در فرایند پیشگیری و تشخیص و درمان بیماری ها عمل می کنند (۱۰). رفتارهای خود مراقبتی از طریق خود ارزیابی، پایش شرایط جسمانی و استفاده به موقع از خدمات درمانی و توانبخشی، اصلاح سبک زندگی افراد از طریق تغذیه درست، خواب به موقع و کافی و انجام فعالیت های ورزشی متناسب با سن می توانند افراد را در کنترل عوارض متعدد فرایند سالمندی یاری رسانند (۱۱). در مقابل، ضعف در خود مراقبتی می تواند افزایش احتمال بروز و تشدید بیماری های مزمن و در نتیجه افزایش هزینه های درمانی را به دنبال داشته باشد (۱۰). به عنوان مثال نشان داده شده است که سالمندان دیابتی مبتلا به افسردگی، در کنترل قند خون، انجام حرکات ورزشی مناسب، رعایت رژیم غذایی، کنترل گلوکز خون خود ضعیف عمل می کنند (۸). هرچند که رفتارهای خودمراقبتی که سبب ارتقاء سلامت افراد شوند در تمام سنین مهم به شمار می روند، اما با افزایش سن از اهمیت دوچندان برخوردار می شوند و علاوه بر صرفه جویی اقتصادی با افزایش استقلال فردی، کاهش عوارض ناشی از بیماری و کاهش طول دوره بستری در بیمارستان

در عین حال فاصله گرفتن از افکار منفی ۳- شفاف سازی ارزش ها همراه با آموزش عمل مبتنی بر ارزش ها ۴- مواجهه تصویری در ترکیب با تمرین شناختی عمل مبتنی بر ارزش ها و ۵- مواجهه تصویری همراه با شش مهارت مقابله ذهن آگاهانه (۱۷). دو مقوله آگاهی از هیجان (۱۸، ۲۱) و پذیرش ذهن آگاهانه (۲۲، ۲۳) دو بخش عمده مداخلات فرا تشخیصی موثر برای بدتنظیمی هیجانی محسوب می شوند و در حقیقت این دو مولفه کلیدی، اساس درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را تشکیل می دهند. فرضیه اصلی درمان فراتشخیصی این است که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به کار می برند و اساساً سعی می کنند تا از هیجان ناخوشایند اجتناب کنند و یا شدت آن را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علائم آنها می شود (۲۱)؛ بنابراین، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به عنوان یک درمان فراتشخیصی، یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ به این معنا که درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه کنند و با شیوه سازگارانه تری به هیجان خود پاسخ دهند (۲۰، ۲۲).

با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندی در ایران و از سوی دیگر نرخ بالای افسردگی در سالمندان و عوارض ناشی از آن و همچنین اهمیت رفتارهای خود مراقبتی در آنها، باید به دنبال شناسایی مداخلات موثر در کاهش سطح افسردگی و ارتقای خود مراقبتی در آنها بود. از آنجایی که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، یک درمان جدید به شمار می رود و مطالعه ای در زمینه اثربخشی این مداخله در درمان بهبود علائم روانشناختی و رفتارهای سلامت محور به ویژه در سنین سالمندی وجود ندارد و این در حالی است که با توجه به اجزا و مولفه های آن فرض بر این است که می تواند مداخله موثری در کاهش سطح افسردگی و بهبود توان خود مراقبتی باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.IAU.SARI

مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale): این پرسشنامه که شامل ۳۰ سوال است، توسط Yesavage و همکاران در سال ۱۹۸۳ برای سنجش موضوعات دخیل در افسردگی سالمندان طراحی شد (۲۴). پاسخ های آن دو گزینه ای (بله، خیر) است که بر اساس کلید آزمون به صورت صفر و یک نمره گذاری می شود. نمره بین صفر تا ۹ بدون افسردگی، ۱۰ تا ۱۹ افسردگی متوسط و ۲۰ تا ۳۰ افسردگی شدید است. همسانی درونی

فاطمیما عبدی سرکامی و همکاران

به صورت لیکرت ۴ گزینه ای است. پاسخ به هر یک از آیتیم ها به صورت لیکرت ۴ گزینه ای از هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی مواقع (۳)، اغلب (۴) است. سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، و ۲۲ به صورت معکوس امتیازدهی می شوند. این پرسشنامه دارای ابعاد مراقبت از خود جسمی، مراقبت از خود روزانه، مراقبت از خود عاطفی، مراقبت از خود اجتماعی، مراقبت از خود به هنگام بیماری است. دامنه نمرات ۴۰ تا ۱۶۰ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده توانایی خودمراقبتی بالاتر است. سازندگان پرسشنامه روایی صوری و محتوا پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند. همچنین آنها روایی سازه این پرسشنامه را بررسی و تایید کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ گزارش دادند که مؤید همسانی درونی بالای پرسشنامه بود. در (جدول ۱) به گزارش شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد کاربرد در این مطالعه پرداخته شده است.

مقیاس افسردگی سالمندان مناسب گزارش شده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و در روش دو نیمه کردن نیز ضریب همبستگی ۰/۷۸ به دست آمده است. همچنین ثبات درونی مقیاس، در روش باز آزمایی با یک هفته فاصله، همبستگی ۰/۸۵ را نشان داده است. در روایی همزمان نیز شرایط مناسبی داشته و ضریب همبستگی آن با مقیاس ژونگ ۰/۸۳ و با افسردگی همیتون ۰/۸۴ به دست آمد. این آزمون توسط ملکوتی و همکاران (۲۵)، در ایران هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ ۰/۹ تصنیف ۰/۸۹ و آزمون- باز آزمون ۰/۵۸ توسط آنها بدست آمده است. همچنین، آنها در مطالعه خود روایی سازه و همزمان این آزمون را بررسی و مورد تایید قرار دادند. پرسشنامه توانایی خود مراقبتی سالمندان: ابزار توانایی خودمراقبتی در سالمندان بر اساس نظریه کلی اورم توسط همتی مسلک پاک و هاشملو در سال ۱۳۹۴ طراحی و روان سنجی شده است (۲۶). این پرسشنامه متشکل از ۴۰ سوال

جدول ۱: خلاصه ای از پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان (۲۰)

جلسات	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان ها از طریق فیلم آموزشی و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجانات، معرفی تمرین مهارتها و ثبت نتایج تمرین مهارتها، تکلیف مهارتهای جلسه اول
دوم	مرور تمرین مهارت ها، آموزش در مورد کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج سواری روی هیجان، آموزش روانی درباره مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارتها
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزشها، تمرین وایت برد با ارزشها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزشها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارتها
پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خود تن آرامی، تمرین مهارتهای تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارتهای خود آرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابلهای، تمرین افکار مقابلیه ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت ها
هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارتها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف تمرین مهارتها
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی، اجرای پرسشنامه های پس از درمان

آزمایش و یک کنترل که هر یک ۱۵ نفر شرکت کننده داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۶۴/۴۲ و گروه کنترل ۶۵/۲۳ بود که تفاوت معناداری نداشتند ($t=0/68, p>0/05$). آماره های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در (جدول ۲) ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با روش آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری انجام شد.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه

جدول ۲: شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	موقعیت	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	۱۲/۸۰	۱/۴۷	۱۳/۷۳	۱/۷۰
	پس آزمون	۱۴/۴۰	۲/۴۷	۸/۸۶	۲/۷۲
توان خود مراقبتی جسمانی	پیش آزمون	۲۸/۳۳	۳/۴۹	۲۵/۰۶	۲/۶۵
	پس آزمون	۲۸/۳۰	۳/۴۴	۲۸/۶۰	۲/۶۶
توان خود مراقبتی روزانه	پیش آزمون	۲۴/۰۰	۰/۱۵	۲۳/۹۳	۰/۲۵
	پس آزمون	۲۴/۰۸	۰/۱۱	۲۳/۹۷	۰/۲۹
توان خود مراقبتی عاطفی	پیش آزمون	۱۷/۶۰	۱/۲۹	۱۹/۳۳	۱/۳۹
	پس آزمون	۱۷/۶۵	۱/۱۲	۲۱/۰۶	۲/۰۱
توان خود مراقبتی اجتماعی	پیش آزمون	۲۸/۳۳	۲/۲۵	۲۸/۱۳	۳/۵۶
	پس آزمون	۲۸/۲۷	۲/۰۹	۳۰/۹۳	۳/۲۸
توان خود مراقبتی در حین بیماری	پیش آزمون	۳۷/۰۰	۲/۳۶	۳۴/۴۰	۴/۲۲
	پس آزمون	۳۷/۲۶	۲/۴۰	۳۷/۴۰	۲/۱۶
توان خود مراقبتی کل	پیش آزمون	۱۳۵/۲۶	۴/۷۲	۱۳۰/۸۶	۸/۵۰
	پس آزمون	۱۳۵/۵۳	۵/۰۱	۱۴۱/۸۰	۵/۷۱

از همگنی واریانس نمرات افسردگی و خود مراقبتی بود ($P > 0/05$). بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد که نتایج آن در (جدول ۳) نشان دهنده این است که با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمره پس آزمون افسردگی ($F = (1,37) 32/86, P = 0/001$) و نمره کل خود مراقبتی ($F = (1,37) 71/69, P = 0/001$) معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، نمرات افسردگی و خود مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش معنادار داشته است.

همانگونه که در (جدول ۲) قابل مشاهده است، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان با کاهش نمره افسردگی و افزایش نمره خود مراقبتی همراه است در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. به منظور مقایسه دو گروه در نمره افسردگی و نمره کل خود مراقبتی، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضه های نرمال بودن داده ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده ها ($P > 0/05$) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	Sig	ضریب اتا
افسردگی	پیش آزمون	۳/۴۴	۱	۳/۴۴	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۰۲
	گروه	۲۲۶/۲۴	۱	۲۲۶/۲۴	۳۲/۸۶	۰/۰۰	۰/۵۴
	خطا	۱۸۵/۸۹	۲۷	۶/۸۶			
	کل	۴۴۷۹/۰۰	۳۰				
خودمراقبتی کل	پیش آزمون	۵۹۲/۳۲	۱	۵۹۲/۳۲	۷۴/۱۰	۰/۰۰	۰/۷۳
	گروه	۵۷۳/۰۱	۱	۵۷۳/۰۱	۷۱/۶۹	۰/۰۰	۰/۷۲
	خطا	۲۱۵/۸۰	۲۷	۷/۹۹			
	کل	۵۷۷۹۵۶/۲۶	۳۰				

فاطمیما عبدی سرکامی و همکاران

برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد، بین دو گروه از جهت ترکیب خطی خرده مقیاس های خود مراقبتی که در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده است، تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 11/87, P > 0/001$). همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۴) آمده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در مؤلفه های خود مراقبتی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
توان خود مراقبتی جسمانی	۴۰/۶۳	۱	۴۰/۶۳	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
توان خود مراقبتی روزانه	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۹۴	۰/۰۳
توان خود مراقبتی عاطفی	۲۰/۳۲	۱	۲۰/۳۲	۹/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۳۰
توان خود مراقبتی اجتماعی	۳۵/۰۸	۱	۳۵/۰۸	۱۷/۶۴	۰/۰۰	۰/۴۳
توان خود مراقبتی حین بیماری	۱۰/۴۱	۱	۱۰/۴۱	۷/۳۲	۰/۰۱	۰/۲۴

در تبیین نتایج فوق مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر بهبود علائم افسردگی و توان خود مراقبتی در گروه سالمندان تحت مطالعه حاضر می توان چنین بیان داشت که بر اساس یافته مطالعات متعدد، نارسایی در تنظیم هیجانی زیربنای شکل گیری و تداوم اختلال و علائم افسردگی است و نقص در مهارت های تنظیم هیجانی ویژگی اساسی این اختلال محسوب می شود (۲۱). تنظیم هیجان در رویکرد فراتشخیصی به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آن برای ایجاد، تشدید و ابراز دامنه گسترده ای از هیجانات استفاده می کنند. بر اساس این رویکرد، مبتلایان به اختلالات هیجانی از جمله افسردگی، اغلب از راهبردهای تنظیم ناسازگارانه استفاده می کنند که در تداوم علائم بالینی نقش دارد؛ بنابراین، افزایش توجه بر نارسایی در تنظیم هیجانی در درمان های فراتشخیصی مورد تاکید است (۲۸). در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان به عنوان یک درمان فراتشخیصی، فرض بر این است که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می کنند، آنها اساساً سعی در اجتناب از هیجانات ناخوشایند خود و یا کاهش شدت آن دارند که این خود موجب نتیجه عکس و تداوم و تشدید علائم اختلال می شود (۲۰). بنابراین، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان یک رویکرد درمانی مبتنی بر

به منظور مقایسه تفاوت گروه ها در خرده مقیاس های خود مراقبتی، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه های آن یعنی نرمال بودن داده ها، همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها ($P > 0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس ($Box = 1/03, P > 0/05$) بود. همچنین تعامل غیر معنی دار بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و گروه گویای

اطلاعات (جدول ۴) نشان می دهد که اختلاف میانگین مؤلفه های توان خود مراقبتی شامل توان خود مراقبتی جسمانی ($P \leq 0/001$)، عاطفی ($P \leq 0/01$)، اجتماعی ($P \leq 0/001$) و در حین بیماری ($P \leq 0/01$) در گروه های پژوهش (گروه مداخله و کنترل) در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، نمرات مؤلفه های خود مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. تنها در بعد خودمراقبتی روزانه ($P > 0/05$) اختلاف میانگین نمرات در گروه های پژوهش در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنادار نبود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خود مراقبتی در سالمندان افسرده غیر بالینی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان توانسته است اثر مثبت معناداری بر کاهش سطح افسردگی و افزایش توان خود مراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی داشته باشد. این یافته ها با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان های فراتشخیصی بر بهبود علائم افسردگی (۲۷-۲۹) و تقویت رفتارهای خود مراقبتی (۳۰) همسو است.

انجام انتخاب های سازگار با ارزش های خود غیر ممکن به نظر می رسد (۲۱). در همین راستا، در بستر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان به افراد آموزش داده می شود تا بدون هرگونه تلاش به منظور اجتناب از هیجانات دردناک، لحظه به لحظه، قدرتمندانه و با آگاهی کامل در فضای بین تجارب هیجانی و پاسخ مناسب به آن حرکت کنند که این فرایند آنها را در ایجاد یک زندگی در چارچوب ارزش های خود یاری می رساند و می تواند علاوه بر کمک به آنها در کاهش علائم افسردگی، با افزایش احساس توانایی درونی و کارآمدی در حوزه های مختلف زندگی از جمله توان خود مراقبتی و ارتقای عملکرد همراه باشد (۲۰).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بیانگر این بود که در سالمندان افسرده غیربالیینی، کاربرد درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در بهبود سطح افسردگی و توان خود مراقبتی می تواند موثر باشد. از محدودیت های این پژوهش نداشتن مرحله پیگیری است و همچنین اینکه این پژوهش صرفاً در شهرستان ساری و بر روی سالمندان جامعه شهری انجام شده است. پیشنهاد می شود پژوهشگران برای بررسی تداوم اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افسردگی در بلندمدت، مرحله پیگیری را نیز به پژوهش خود اضافه نمایند. همچنین پیشنهاد می شود مطالعات بعدی این رویکرد درمانی را در گروه های بزرگ تر و با در نظر گرفتن متغیر های متنوع تری انجام دهند و همچنین کارایی این شیوه درمانی را با سایر مداخلات مقایسه نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکترای روانشناسی عمومی مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.110 می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از تمامی شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

هیجان است؛ به این معنا که درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانانه تری به هیجانات خود پاسخ دهند که این خود می تواند کاهش شدت علائم افسردگی را به دنبال داشته باشد (۲۰، ۲۹). هدف این درمان اصلاح عادات نادرست تنظیم هیجان، کاهش شدت و بروز تجارب هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است (۲۰). اگر چه هدف بهبودی است، ولی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر آن نیست که هیجانات ناخوشایند را حذف کند، بلکه تأکید بر برگرداندن هیجانات به سطح کارکردی دارد، به طوری که هیجانات ناخوشایند بتوانند در فرایند زندگی سازگارانانه و کمک کننده بوده و عملکرد مثبت را تسهیل سازند که این می تواند موجب تقویت رفتارهای سلامت محور از جمله رفتارهای خود مراقبتی و باور فرد به داشتن توانایی در انجام این رفتارها شود (۲۰).

بر اساس دیدگاه فراتشخیصی و همچنین درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، سطوح پایین کارآمدی هیجانی، اغلب با درگیر شدن در الگوهای رفتاری ناسازگار همراه است، پاسخ های رفتاری که گرچه از سوی یک بیمار افسرده به عنوان واکنشی به درد هیجانی و عاطفی خود به منظور رهایی از درد یا کاهش شدت آن ظاهر می شود، ولی در واقع، همین پاسخ های رفتاری به عنوان یک سوخت رسان برای ایجاد فرایندهای روانی ناهنجار و تداوم و تشدید علائم بالینی در وی عمل می کنند (۲۰، ۲۹). بنابراین، وجود این الگوهای رفتاری ناشی از ناکارآمدی هیجانی اغلب با تجربه چالش های هیجانی قابل توجهی همراه است. این در حالی است که بر اساس این دیدگاه، گرچه درد بخش غیرقابل اجتناب زندگی هر انسانی است، ولی رنج چنین نیست و رنج انسان تا حد زیادی مربوط به عدم آگاهی وی از چگونگی اجرای ارزش هایی است که به زندگی وی معنا می بخشند و اغلب، از عدم تمایل فرد برای تجربه هیجانات دشوار ناشی می شود که نتیجه آن پریشانی روانی و تجربه رنج بیشتر است (۳۰). بنابراین هنگامی که فرد سعی می کند از طریق پاسخ های رفتاری ناسازگارانه از تجربه درد اجتناب یا آن را کنترل کند، رنج وی به صورت داشتن یک زندگی بی معنا، ناامیدی، اضطراب، افسردگی و ... حفظ شده و تداوم می یابد (۲۰). از این رو می توان گفت افراد افسرده معمولاً درک درستی از تجارب هیجانی خود ندارند و در تحمل و تنظیم هیجانات خود ناتوان عمل می کنند و همچنین برای آنها،

References

1. Forsman A, Jane-Llopis E, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for prevention of depression in older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;2018(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007804.pub2>
2. Fancourt D, Tymoszuk U. Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *The British Journal of Psychiatry*. 2019;214(4):225-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.267>
3. Arthur A, Savva GM, Barnes LE, Borjian-Borojeny A, Denning T, Jagger C, et al. Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(1):49-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.193>
4. Brinda EM, Rajkumar AP, Attermann J, Gerdtham UG, Enemark U, Jacob KS. Health, social, and economic variables associated with depression among older people in low and middle income countries: world health organization study on global AGEing and adult health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;24(12):1196-208. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.07.016>
5. Berk M, Woods RL, Nelson MR, Shah RC, Reid CM, Storey E, et al. Effect of Aspirin vs Placebo on the Prevention of Depression in Older People: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1214>
6. Elias SMS. Prevalence of loneliness, anxiety, and depression among older people living in long-term care: a review. *International Journal Of Care Scholars*. 2018;1(1):39-43.
7. Lohman MC, Mezuk B, Dumenci L. Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes. *Aging & mental health*. 2017;21(4):399-408. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102199>
8. Kav S, Yilmaz AA, Bulut Y, Dogan N. Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*. 2017;24(1):27-35. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.005>
9. Goudarzian AH, Nesami MB, Zamani F, Nasiri A, Beik S. Relationship between depression and self-care in Iranian patients with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(1):101. <https://doi.org/10.5812/ijcm.7810>
10. Uchmanowicz I, Wleklík M, Gobbens RJ. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. *Clinical interventions in aging*. 2015;10:871. <https://doi.org/10.2147/CIA.S83414>
11. Borhaninejad V, Shati M, Bhalla D, Iranpour A, Fadayevatan R. A population-based survey to determine association of perceived social support and self-efficacy with self-care among elderly with diabetes mellitus (Kerman City, Iran). *The International Journal of Aging and Human Development*. 2017;85(4):504-17. <https://doi.org/10.1177/0091415016689474>
12. Liu G, Chen Y, Luo J, Liu A, Tang X. The application of a moldable skin barrier in the self-care of elderly ostomy patients. *Gastroenterology Nursing*. 2017;40(2):117-20. <https://doi.org/10.1097/SGA.000000000000143>
13. Kamrani A, Foroughan M, Taraghi Z, Yazdani J, Kaldi A-R, Ghanei N, et al. Self care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*. 2014;17(11):1161-9. <https://doi.org/10.3923/pjbs.2014.1161.1169>
14. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behavioral Medicine*. 2013;39(1):1-6. <https://doi.org/10.1080/08964289.2012.708682>
15. Devarajoo C, Chinna K. Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. *PloS one*. 2017;12(3):e0175096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175096>
16. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*. 2013;30(7):654-61. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
17. Boden MT, Thompson RJ. Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*. 2015;15(3):399. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>
18. Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*: Guilford Press; 2009.
19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(10):974-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
20. McKay M, West A. *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*: New Harbinger Publications; 2016.
21. Vine V, Aldao A. Impaired emotional clarity and psychopathology: A transdiagnostic deficit with symptom-specific pathways through emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2014;33(4):319-42.

- <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.4.319>
22. Brake CA, Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Farchione TJ, Barlow DH. Mindfulness-based exposure strategies as a transdiagnostic mechanism of change: an exploratory alternating treatment design. *Behavior therapy*. 2016;47(2):225-38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.008>
 23. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry research*. 2018;259:554-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.045>
 24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 1982;17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
 25. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine*. 2006;30(4):361-9.
 26. Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and psychometric properties of a self-care questionnaire for the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(3):120-31.
 27. Mahoney AE, McEvoy PM. A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2012;41(3):212-22. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
 28. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*. 2015;40:91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
 29. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of general psychiatry*. 2009;66(3):236-47. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.1>
 30. Safren S, Harkness A, Lee J, Rogers B, Mendez N, Magidson J, et al. Addressing syndemics and self-care in individuals with uncontrolled HIV: An open trial of a transdiagnostic treatment. Manuscript in preparation. 2019. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02900-7>